

.....
imię i nazwisko pacjenta, PESEL

ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy.

.....
data

.....
podpis pacjenta

opiekuna faktycznego / opiekuna ustawowego pacjenta *

Na podstawie:

1. Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012r.).
3. Art. 139 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tj. Dz. U. z 2022r. poz. 504 ze zm.)

LEGENDA:

*zaznacz odpowiednie